

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI ALEKSANDËR MOISIU DURRËS
FAKULTETI i STUDIMEVE PROFESIONALE
DEPARTAMENTI i MJEKËSISË

PROGRAMI i STUDIMIT TË MASTERIT PROFESIONAL

TEMA

Obstruksioni intestinal dhe kujdesi infermieror

Punoi Ma: **Udhëheqës shkencor:**

JURISA HYSENAJ **MPH.M.SC : INDRIT BIMI**

DURRËS 2014

SHKURTESAT E PËRDORURA

OIM –Obstruksioni intestinal mekanik

OI- Obstruksioni intestinal

OZH- Obstruksioni i zorrëve të holla

OZT- Obstruksioni i zorrëve të trasha

CT- Skaner

ECHO- Eko

EKG- Elektrokardiogram

IV-Intraven

G(-) – Qram negativ

G(+)- Gram pozitiv

SNQ-Sistemi nervor qëndror

PH- Pehashi

TA- Tensioni arterial

PVC- Presioni venoz central

K- Kalium

Na- Natrium

Mg- Magnez

Ca- Kalcium

Lista e figurave

Lista e tabelave

Lista e grafikëve

HYRJA

ANATOMIA DHE FIZIOLOGJIA NORMALE E SISTEMIT DIGJESTIV

Sistemi digjestiv përbëhet nga:

Trakti digjestiv   Organet anekse

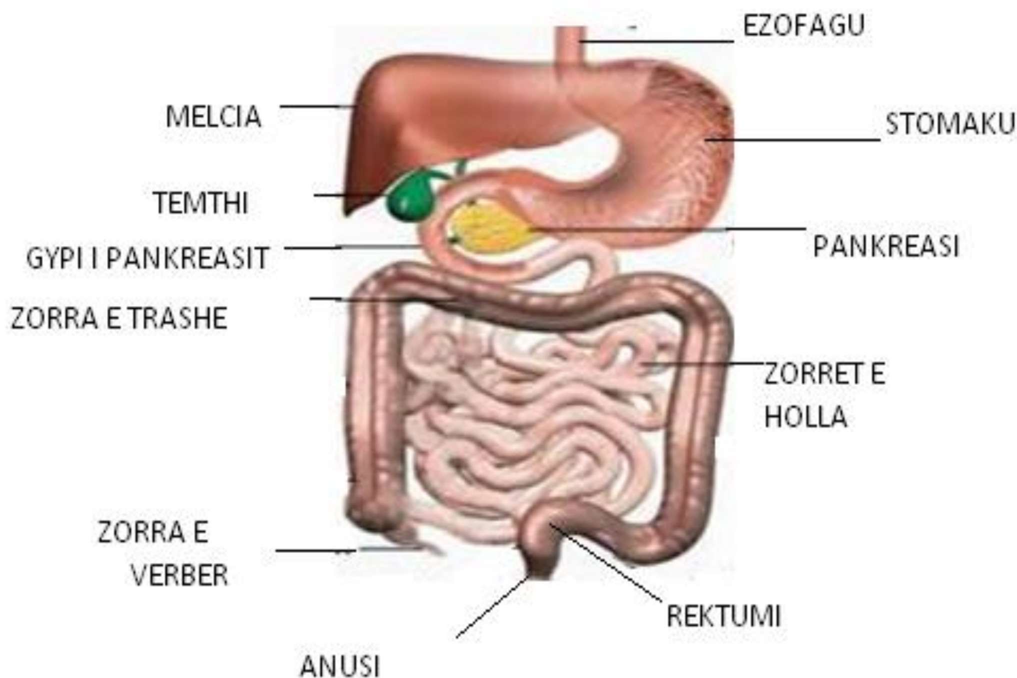


Fig.1. Aparati tretës

1.Trakti digjestiv është i përbër nga një tub që fillon me kavitetin oral dhe përfundon me anusin.Gjatësia e këtij trakti mund të arrij deri në 11metra tek të rrituri ,krsë diametriç arrin vlera të ndryshme në nivele të ndryshme.Funksioni i tij lidhet me:përtypjen,depozitimin,tretjen dhe përthithjen e ushqimeve.Pjesët përbërse të traktit digjestiv janë:kaviteti oral,faringu,ezofagu,stomaku,zorrët e holla,zorrët e trasha.Në prerje tërthore në çdo nivel të traktit digjestiv dallojmë këto shtresa nga brënda –jashtë:tuniça muçosa,tuniça musçularia,tuniça seroza,tuniça adventiçia.

2.Organet anekse ndihmojnë traktin digjestiv në tretjen e ushqimeve.Ato përbëhen nga:

Gjëndrat e pështymës,heparin,vezika biliare,pankreasi.

Fizpatologjia e ileusit

Ndryshimet fizpatologjike që ndodhin në organizëm janë pothuajse të njëjta për të gjitha llojet e ileuseve. Fillimisht zorra për të shtyrë përmbajtjen intestinale shton tkurrjen e saj(peristaltikën). Shtimi i peristaltikës mbi pengesën çon në dhimbje, kolike intestinale. Valët e hiperperistaltikës që ndeshen në pengesën mekanike çojnë në zgjerimin e ansave mbi pengesë, i çili në format akute hollon paretet e zorrës ndërsa në format kronike çon në trashje të tyre. Krahas zgjerimit ansa mbushet me përmbajtje intenstinale të ujshme, e çila çon në rritje të presionit intraluminal, që nxit hipersekreçionin nga ngaçmimi i mbaresave nervore të zorrës. Në këtë mënyrë krijohet një rreth viçioz, rritet grumbullimi i gazeve dhe përmbajtjes në zorrën mbi pengesë që çon në distension abdominal, i çili është më i shprehur dhe uniform në pengesat e poshtme, ndërsa mungon në pengesat e sipërme, ku barku është i shpeshtë. Grumbullimi i lëngjeve mbi pengesë dhe të vjellat çojnë në dehidrim. Në format e avançuara nga rritja e permabilitetit të pareteve të zorrës, ka ekstravazion lëngjesh dhe në kavitetin abdominal. Në pjesën supra obstruçtive,nga ndërprerja e tranzitit intestinal ndodh rritja intraluminale e përmbajtjes,kjo si rezultat i grumbullimit të likidit dhe gazit.

Normalisht organizmi sekreton:

- Nga gjëndra salivare(1.5l)
- Lëng gastriç(2-3l)
- Lëng pankreatik(0.5-0.8l)
- Lëng biliar(0.5l)
- Sekretim intestinal (3l)

Kurse orgjina e gazit vjen nga:

- Fermentimi baçterial
- Difuzioni nga shtrati vazal
- Ajri i gëlltitur

Rritja e volumit intra luminal nxit aktivitetin motorrik intrisek të zorrës duke sjell kështu:

Hiperperistaltik, kolika abdominale,por pavarsisht këtij mekanizmi kompesator në qoftë se nuk arrihet të kalohet pengesa atëher do të vazhdoj të rritet përmbajtja intraluminale duke dhënë:

1. distendim të murit të zorrës
2. stazë të përmbajtjes supraobstruktive

Tendosja e paretit intestinal kompromenton së tepërmi shtratin vazal. Kështu mund të arrihet të përthithet vetëm 9% e likidit(nga 80% që absorbohet në kushte normale për 10 orë)nga kjo rritje pafund e volumit intestinal gjithçka futet në një rreth viçioz.Nga kompromentimi arterial ndodh:hypoksi ; rritet rrisku për nekroz; perforaçion; peritonit i gjeneralizuar; kurse në gjëndjen e përgjithshme ndodh një insufiçienç multiorganore,e cila çon në vdekje.

Anatomia patologjike

Ndryshimet anatomo-Patologjike janë në varësi të formës së ileusit dhe përgjithësisht janë shumë më të theksuara në format stangulative se sa ato obturative.Në pamje të parë makroskopike pas hapjes së peritoneumit ajo që do të vihet re është :

Versament asçitik(i bollshëm ,i pastër ose serohemoragjik);

Tendosje e ansave intestinale(dilataçioni është më i madh afër pengesës,zorra është me mure të holla gati deri në perforim.Ngjyra nga rozë e murit intestinal bëhet cianotikë)

Në varësi të natyrës së pengesës mund të vërehet:

Masë tumorale;

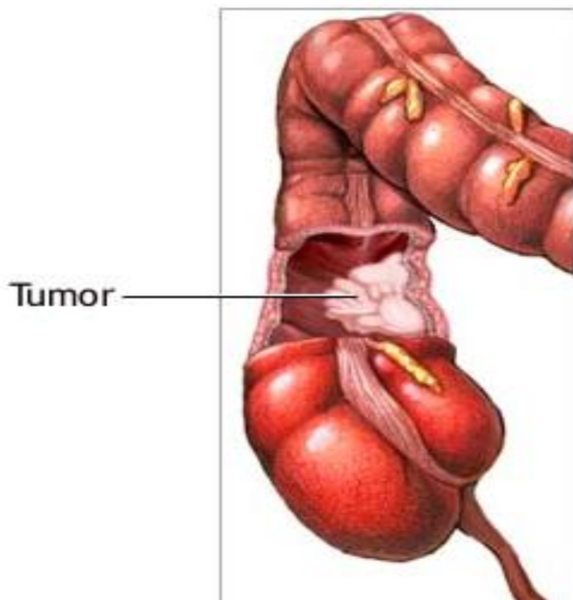
Torsion në aksin mezenterik;

Invaginacion;

KLASIFIKIMI I OBSTRUKSIONIT INTESTINAL

Në praktikën mjekësore ka shumë rëndësi njohja e klasifikimit të ileusit,kjo për qëllime djagnostike dhe terapeutike.ky klasifikim paraqitet në disa forma:

1.malinj 2.jo malinj



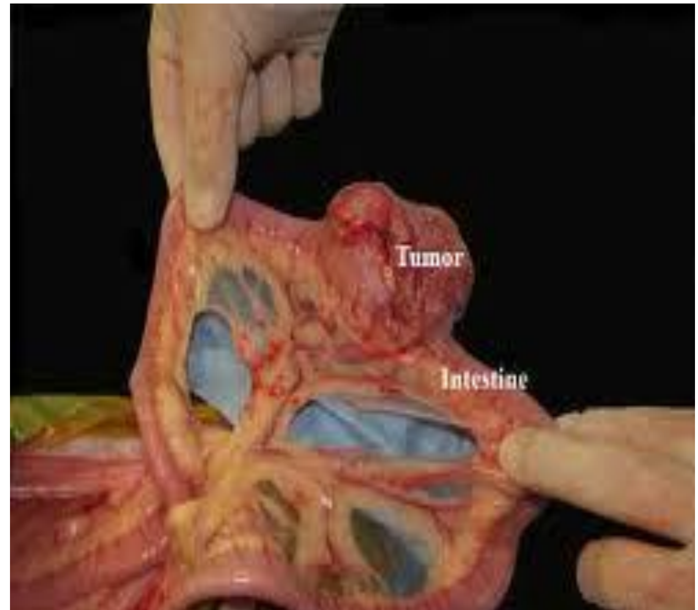


Fig.2. Tumor

Fig.3. Tumor

- Në baz të vëndit të lokalizimit:

  Ileus të zorrës së hollë (ileus deudonal ose i lartë,ileus jejuna ose i mesëm,ileus ileal ose i poshtëm)

  Ileus i zorrës së trashë

- Në baz të mekanizmit:

  Ileus mekanik: Obturativ, Strangulativ

  Ileus funksional: Paralitik, Spastik

- Në bazë të anatomisë

Intraluminal : Trupat e huaj, bezoarët,enteritis, gurët biliar, parazitët, enterolitët, lezionet egzofitë polipoidë.

Intramural: Kongjenitalë, dublikacion intestinal, atrezi,stenoz.

Proçeset inflamatore: Divertikulitis, morbus crohn, iskemi kronike intestinale,nga rrezatimi

Neoplazit

-Primarë të zorrës(beninjë,malinjë)

-Sekondarë(metastaza sidomos nga melanoma)

Ekstrinsikë

Adezionet, herniet intern eksterne, volvulus, masë komprimuse nga jashtë, abces,pankreas anular.

ILEUSI MEKANIK ose OBSTRUKSIONI INTESTINAL



Fig.4.Pika e obstruksionit.

Ileusi mekanik nënkupton ndërprerje të tranzitit intestinal që vjen si rezultat i një pengese mekanike dhe është dy llojesh:

- Ileus mekanik-obturativ i thjesht kur kemi mbylljen mekanike të lumenit pa kompromentim të qarkullimit të gjakut.
- Ileus mkanik-strangulativ kur përveç mbylljes mekanike të lumenit kemi edhe kompromentim të qarkullimit të gjakut.

ILEUSI FUNKSIONAL

Ileusi funksional është një ndërprerje neurogjene e tranzitit intestinal.Këtu kemi të bëjmë me penges mekanike dhe kjo formë nuk kërkon ndërhyrje operatore.Ndahet në :

a-ileus paralitik(nga paraliza motorrike intestinale)

b-ileusi spastik (nga kontraksionet spastike të muskulaturës së murit të zorrës)

ETIOLOGJIA

1.Ileus idiopatik

Nuropati ose miopati viscerale,familjare e karakterizuar nga episode të përsëritura të okluzionit intestinal pa penges.

2.Ileus reflektor

Ileus post operator; kolika hepatike,kolika nefrotike,distensiom i vezikës urinare;

Torsion i një kisti të ovarit tek femrat;

Frakturat e baçinit të kolonës vertebrale dhe hernie diskale;

Infrakt miokardi dhe pneumoni bazale të thjesht; Ishemi mezenterike;

3.Ileus inflamator

Paraliz nga një prioritet i gjeneralizuar ose lokal,pankreatit akut, abces intraabdominal

4.Ileus metabolik

Adinamik nga çrregullime elektrolite të rënda(hipokalemi);

Spastik(intoksikacion me plumb dhe uremi);

5.Ileus medikamentoz

Antikolinergjikët, fenotiazinat, klonidinat, antihipertensivët etj.

6.Shkaqe të tjera

Sklerodermi, amiloidozë, diabet, distrofi muskulare.

DISA FORMA TË OBSTRUKSIONIT INTESTINAL MEKANIK

I-ILEUSI MEKONIAL

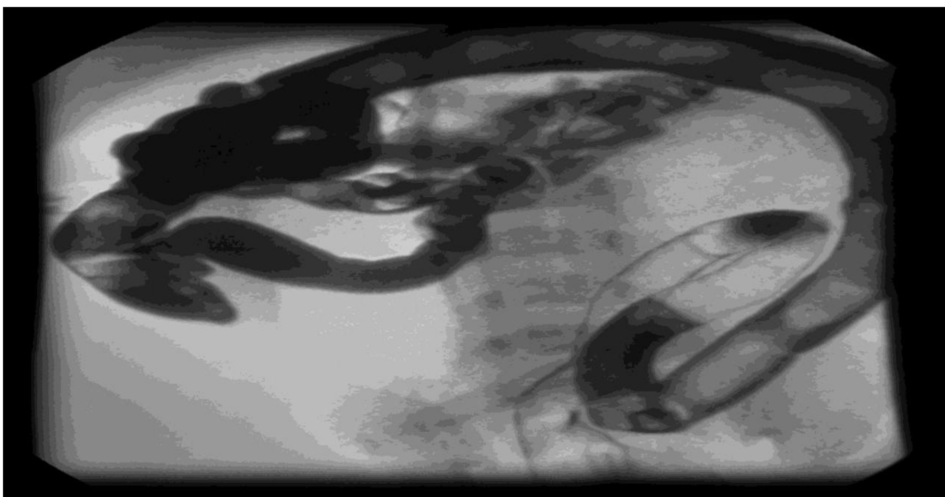


Fig. 5. Ileusi mekonial

Takohet tek neonati,ileumi terminal është i mbushur me mekonium,kurse zorra e trash është bosh dhe pak e zgjeruar.Fëmija nuk ka defekuar që prej disa ditësh dhe për pasoj ka kuadrin klinik të ileusit me të vjella të shumta.Ileusi mekonial në 15-20% të rasteve është shfaqja e par klinike e një fibroze cistike.Të dhëna të tjera janë: Mekonium i trash ileum, distension abdominal, të vjella biliare, risk për: volvulus, perforacion, inavigacioni.

II-INVAGINACIONI



Fig.6. Invaginacion intestinal

Një shkak i ileusit është edhe invaginacioni,me të cilën kuptojmë futjen e një segmenti të tubit digjestiv në një segment tjetër.Invaginacioni mund të jet :

a) Akut
b) Intermitent që ndodhen kryesisht në zorrën e holl
c) Solitary ose multiple (i vetmuar ose i shumfishtë)

❖ Invaginacioni emërtohet në varësi të segmentit që invaginohet:

-Invaginacioni jejuno-gastrik,i cili është shumë i rrall dhe shfaqet në të sëmur që i janë nështruar rezeksionit gastrik.

-Invaginacioni ileo-ileal dhë ileo-jejunal,kur segmentët respektivë futen brënda njëri-tjëtrit;

-Invaginacioni ileo-kolik kur futet ileumi në cekum;

-Invaginacioni kolo-kolikë kur koloni futet në kolon;

-Invaginacioni ndodh kryesisht tek fëmijët,kur kalojn nga ushqimi me gji në fëmijët me ushqim të zakonshëm.

Gjenza e invaginacionit lidhet me dy faktor kryesor:

1.Faktori anatomik:

- cekum mobil;
- prania e një pengese;
- stenozë tuberkulare ose spastike;

2.Faktori funksional:

Hiperperistaltika (që favorizohet nga inflamacioni)

❖ Invaginacioni tipik është i përbërë nga tre cilindra:

- CILINDRI i JASHTËM QË PËRBËN VAGINËN
- DY CILINDRAT E NAVIGUAR QË PËRBËJNË KOKËN E NAVIGIMIT

Pasi ndodh invaginacioni ai progreson në drejtim të peristaltikës pastaj spostohet mbasi e mban mezenteri dhe fillojn ndryshimet anatom-patologjike si:

1. Kongjestionim i zorrës;
2. Staz venoze;
3. Hemorragji;
4. Ishemi;

5. Nekroz;
6. Perforacion;
7. Peritonit.

Rrallë ndodh dezinvaginacioni i cili vjen spontanisht(forma subakute tek të rriturit).Shumë rrall mund të shkëputet koka e naviginatit,kurse kllëfi dhe zorra më sipër cikatrizohet.

Klinika

karakterizohet nga:

- Dhimbje abdominale të forta intermintente;
- Të vjellat;
- Feçe gjak okult pozitiv ose sekrecione muko sanginolente në tushe rektale;
- Prekje e masës në palpacion e cila ndonjëher duket sikur forcohet nën dorë.

Trajtimi

është kirurgjikal ose me endoskopi në raste të veçanta,me laparotomi në shumicën dërmuse të rasteve,ku bëhet rezeksion i zorrës së interesuar me rivendosje të tranzitit sipas situatës.

III-FITOBEZOARËT

Fitobezoarët jan grumbullime mbeturinash ushqimore në formën e një lëmshi që mund të krijohen si pasojë :

- Përtypjes jo të mirë të ushqimit(siç ndodh në disa pacient ankthioz);
- Përdorimi i ushqimeve me shumë fibra sidomos kur ka edhe stenoza të pjesshme të zorrës;
- Të pacientët që kan bërë rezeksion të stomakut dhe që është prishur sfinkteri antropilorik;
- Fijet e flokëve që mund të gëlltiten

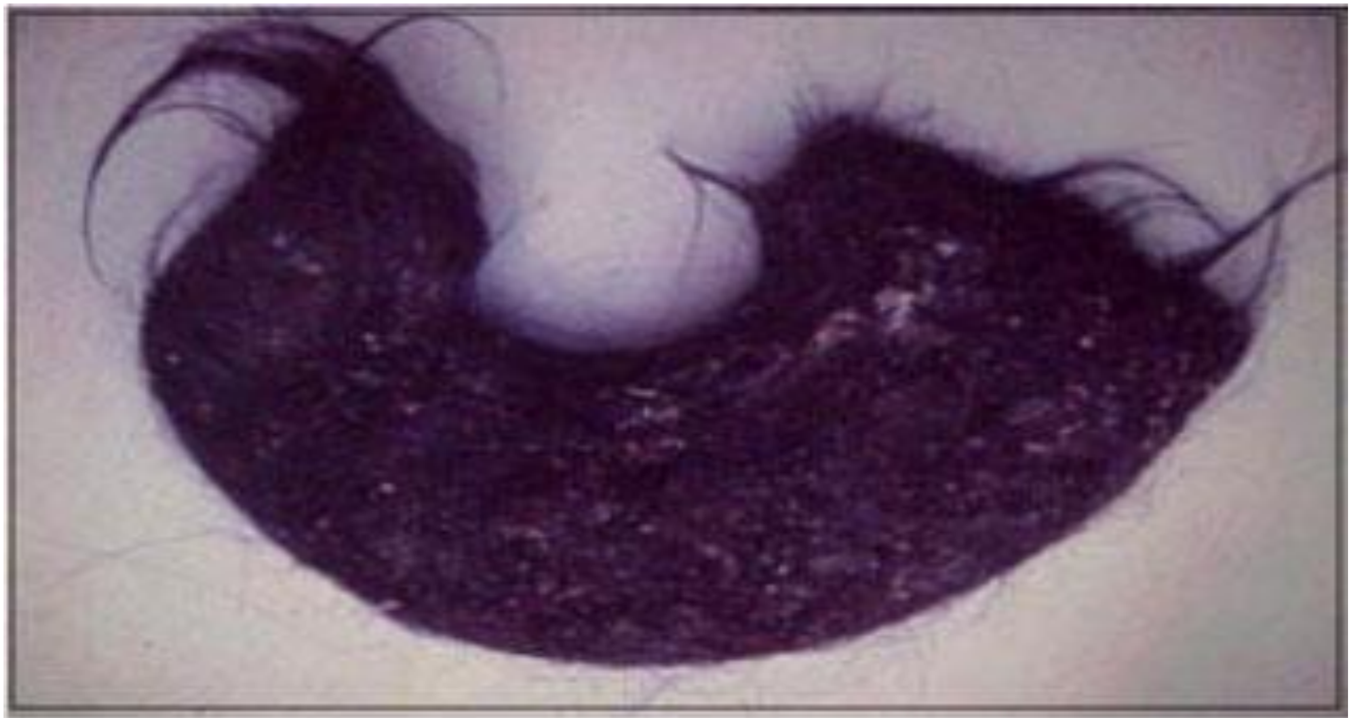


Fig.7. Fitobezoarët

Klinika:paraqitet më shpesh në formën e ileusit të zorrës së hollë.

Trajtimi:mund të jet:1.konservativ (eleminon përdorimin e tepërt të fibravë vegjetale): ose 2.kirurgjikal.Malinjiteti përbën shkakun më të shpeshtë të okluzionit të zorrës së trashë dhe duhet dyshuar veçanërisht tek moshat e vjetra që paraqiten në urgjencë me klinikën e ileusit.Okluzioni i plot ndodh në 10-15% të rasteve .

IV.ILEUSI BILIAR

Kjo është një formë shumë e rallë e ileusit dhe takohet zakonisht tek të moshuarit.Ndër ta frekuencën më të lart e kan femrat,sidomos kur jan obeze.Shkak për këtë ileus është një kalkul që migron vezika biliare më shpesh nga një fistul kolecisto-digjestive.Kalkuloza biliare zakonisht rezulton asimptomatike dhe kjo është mëse e qart përderisa shfaqet klinikisht me sindromën e ileusit.Migrimi i kalkulit nëpërmjet lumenit digjëetiv ndalon më shpesh në fund të ileumit për shkak të ngushtimit të lumenit dhe pranis së valvulës ileo-cekale.

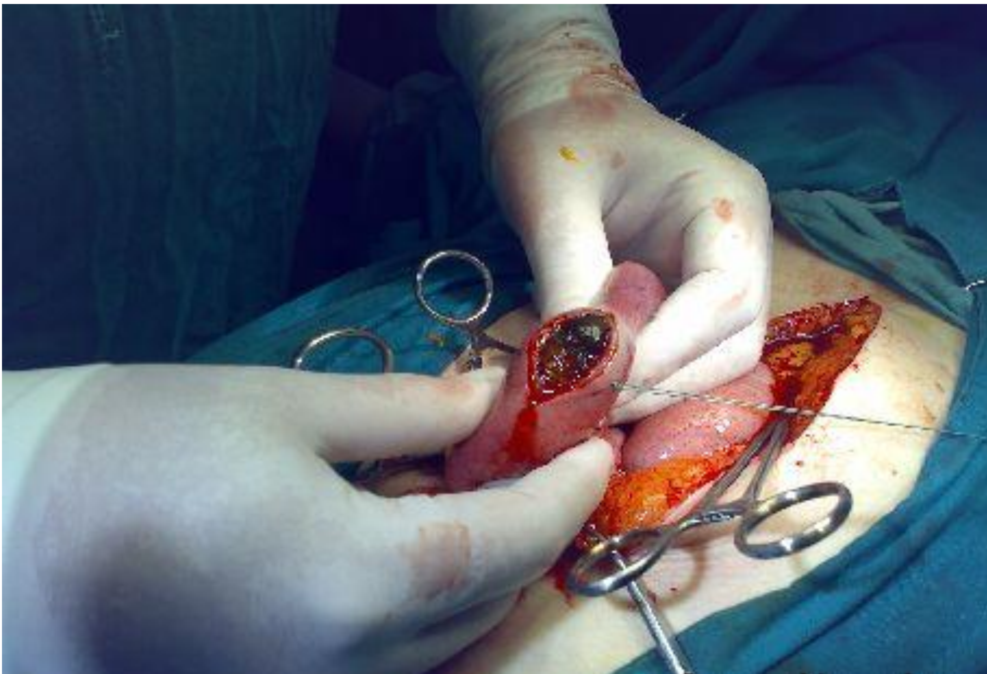


Fig.8.Ileusi biliar

Klinika:shfaqet sindroma e ileusit të zorrve të holla,por përveç këtij sindromi pacientët mund të paraqiten me temperatur,lemz,hemoragji okulte ,palpim i një mase tumorale në paret etj.Evidentimi direkt i kalkulit biliar është i vështir ,megjithatë për të vënë djagnozën ndihmon gjetja e ajrit në pemën biliare nëpërmjet egzaminimit radiologjik.Ndihmon në vënjen e djagnozës edhe EÇHO-ja e rrugve biliare apo CT-abdominale.

Trajtimi:kirurgjikal në qoft se guri është i but mund të thërrmohet duke i shtypur me dorë ,ndërsa kur është i fort nxirret me anë të enterotomis,në qoftë së gjendja e pacientit e lëjon bëhet edhe kolecistë-ektomia.

V.ILEUSI NGA TUMORET KOLIKE

Tumoret kolike, pavarësisht natyrës së tyre beninje apo malinje përbëjnë shkakun më të shpeshtë të okluzionit të zorrës së trashë dhe duhet dyshuar veçanërisht tek moshat e vjetëra që paraqiten në urgjëncë me klinikën e ileusit . Obstruksioni i plotë ndodh në 10-15% të rasteve të pacientëve me kancer kolo-rektal dhe haset më shpesh në kolonin e majtë për shkak të lumenit më të ngusht të tij. Ngushtimi i lumenit të zorrës si paasoj e rritjes endoluminale të tumorit ose si pasojë e formave stenozante shkaktojn më shpesh ileus mekanik.

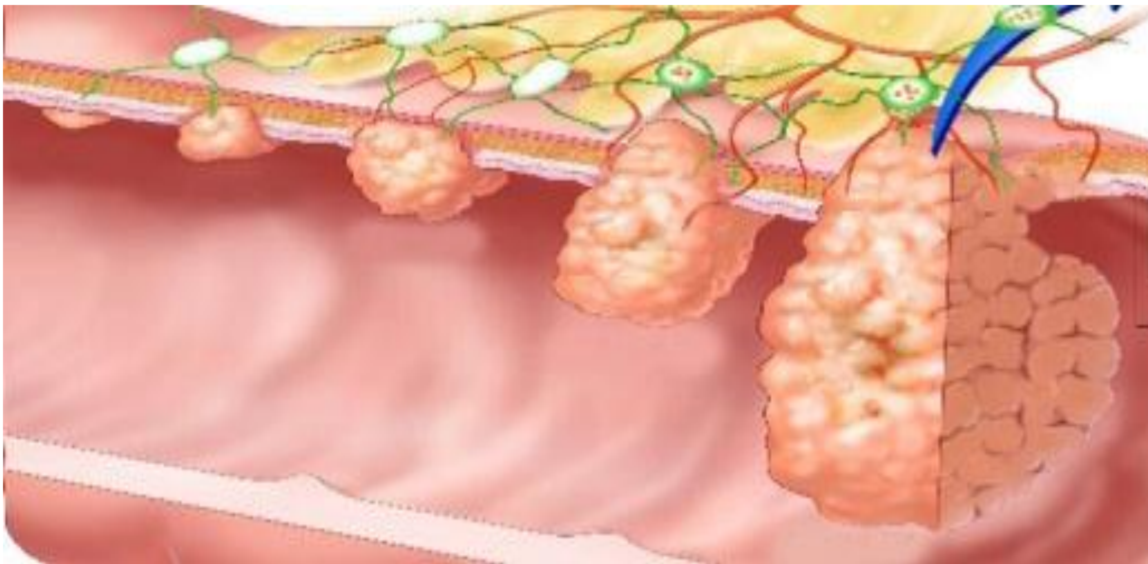


Fig.9. Paraqitja e tumoreve në zorrë

Klinika:

- Çrregullime dispeptike(anoreksi,rënie në pesh)
- Alternim të defëkimit(diarre,konstipacion)
- Hemorragji(që shpie deri në anemi,është gjak i kuq,rrall në form melene)
- Dhimbje abdominale(që shfaqet në varësi të lokalizimit)

Obstruksioni i zorrës së trashë mund të shfaqet fillimisht me një klinik shumë të zbehtë.Pacienti mund të mos këtë shqetësime ose ankesa minimale në të gjithë ngushtimin e shprehur të lumeni i zorrës deri sa mekanizmat kompesator të dështojnë. Kjo bën që shkaku dhe prania e obstruksionit mund të jet i pa qartë derisa të bëhët eksplorimi radiologjik endoskopik,apo kirurgjikal.

VI.ANOMALI KONGENITALE

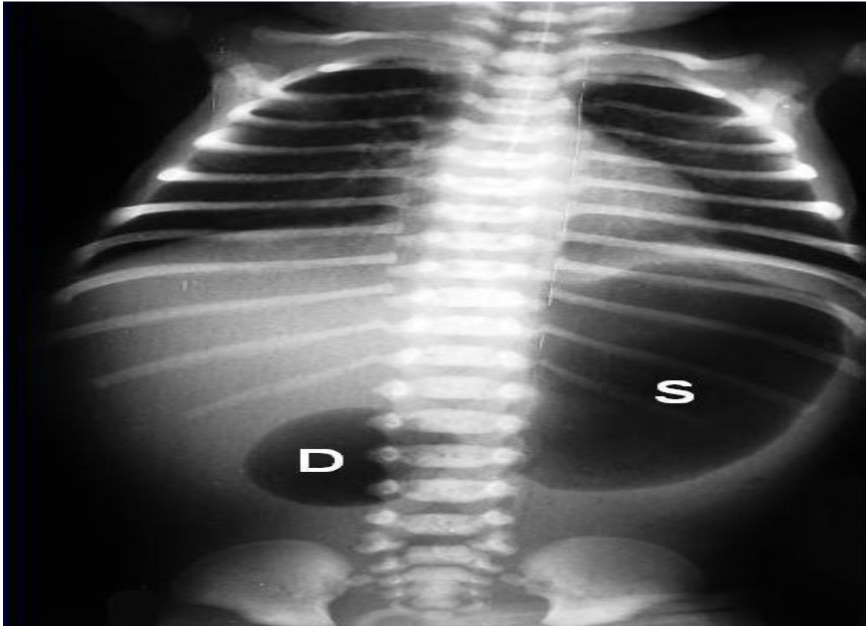


Fig.10. Pamje radiologjike e atrezis

Aomalit kongenitale në sistemin digjestiv shfaqen më shpesh me atrezit e këtij trakti,të cilat shfaqen te bebet e sapolindura e mund të jenë të vetëme osë të shoqëruara me patologji të tjera kongenitale të zorrës.

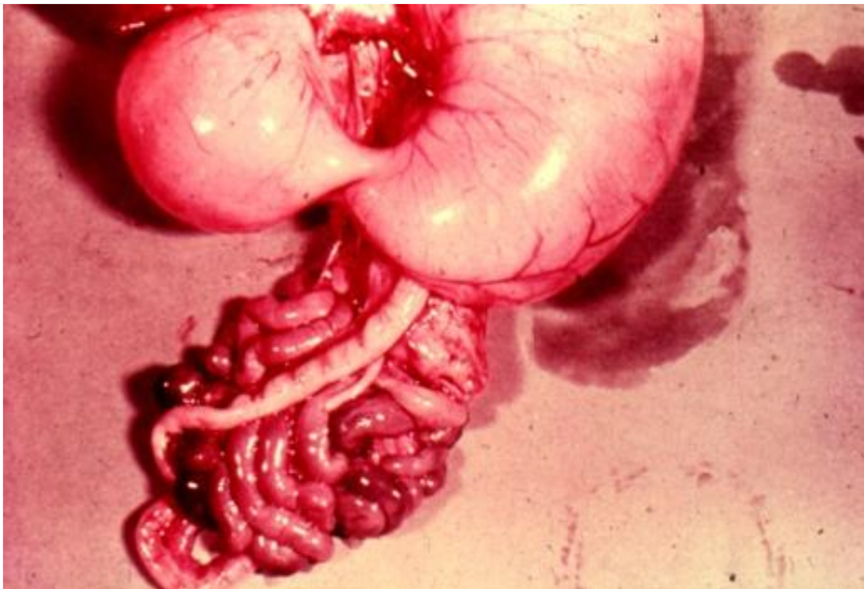


Fig.11.atrezia deudonale

VII.ADERENCAT

Aderencat janë një proliferim konjuktival i sipërfaqes peritoneale qoftë kjo viscerale apo parietale.Shkaqet e aderencave janë:kongenitale ,postoperatore,postinflamatore. Qelizat mezoteliale të peritoneumit kanë aftësi të madhe fibrinolitike,ato e kthejnë plazminogjenin në plazmin.Si pasojë e një inflamacioni çon në formimin e një cikatrice.Por mund të ndodhë që në një zonë me vaskularizim jo të mirë proçesi i shërimit të shoqërohet me formimin e indit lidhor. Prodhimi i indit lidhor bën që të ngjiten ansat e ndryshme të zorrës ose duke u formuar disa banda që kalojnë mbi to dhe që në momente të caktuara japin bllokim të tranzitit.Ileusi aderencial përbën 25% të gjithë obstruksioneve intestinale dhe më shpesh takohet ileusi aderncial i zorrës së hollë.Zakonisht manifestohet ose ditët e para pas ndërhyrjeve kirurgjikale ose disa ditë më von.Disa pacientë kanë konstitucion të tillë që krijojnë aderenca më shumë së të tjerët.

Trajtimi:konsiston në bërjen e adernocolizës.

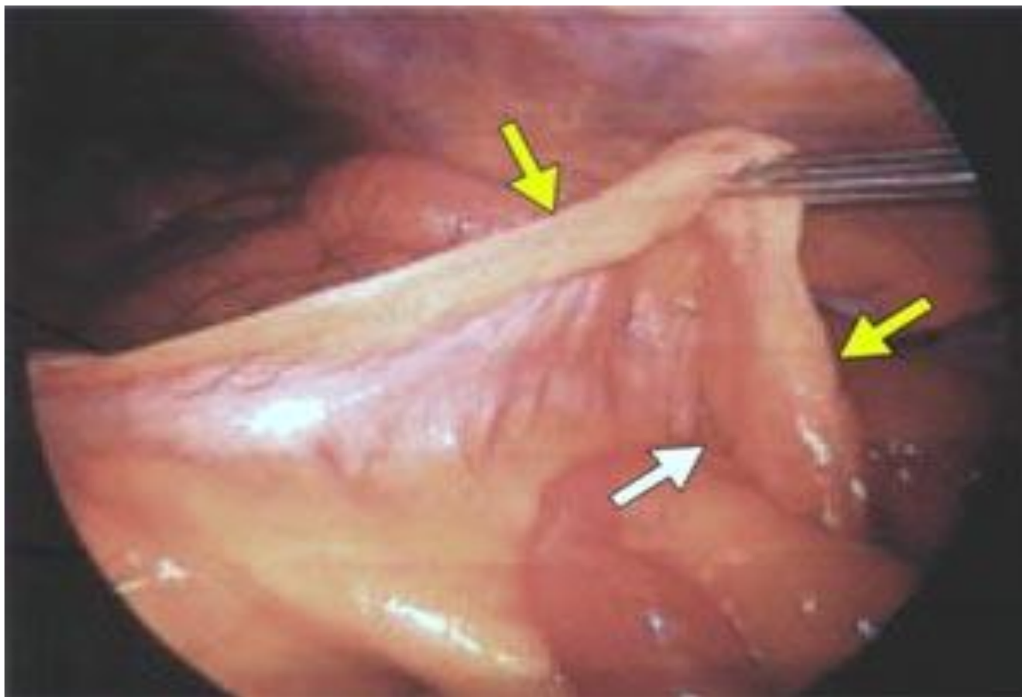


Fig.12.Aderancat

VIII.ILEUSI NGA HERNIET INTERNE


Fig.13.Hernimi i zorrëve në regjonin inguinal.

Ileusi nga herniet interne është relativisht i rrall. Në kavitetin abdominal ndodhen disa recese si psh.në vendin e fiksimit të duodenit dhe të jejunumit në ligamentin Treiz ose në rastin e kolostomive ose ileostomisë anash tyre krijohen hapësira të lira në të cilat mund të futen ansat e zorrve dhe të japin ileus.Këto manifestohen me shenjat e okluzionit nga strangulacioni.

Diagnoza:vendoset gjatë ndërhyrjes operatore(ose laparotomis)

IX.ILEUSI NGA HERNIET EKSTERNE

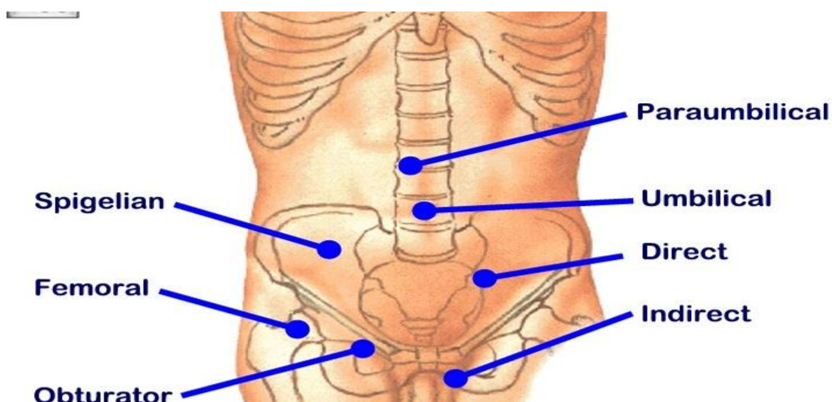


Fig.14.Lokalizimi i pikave të hernimit.

Sipas shpeshtësisë së hasjes së vet hernieve eksterne:hernie inguinale,femorale,umbilikale,të ilneas alba,inçizionale etj,po ashtu është edhe shpeshtësia e inkancerimit të përmbajtjes herniare e cila jo rrallë është intestine.si pasoj e këtij inkancerimi të intestinit mund të ndodhë ileusi mekanik obstruktiv me kuadrin e plotë klinikë të tij.

X.VOLVULUSI

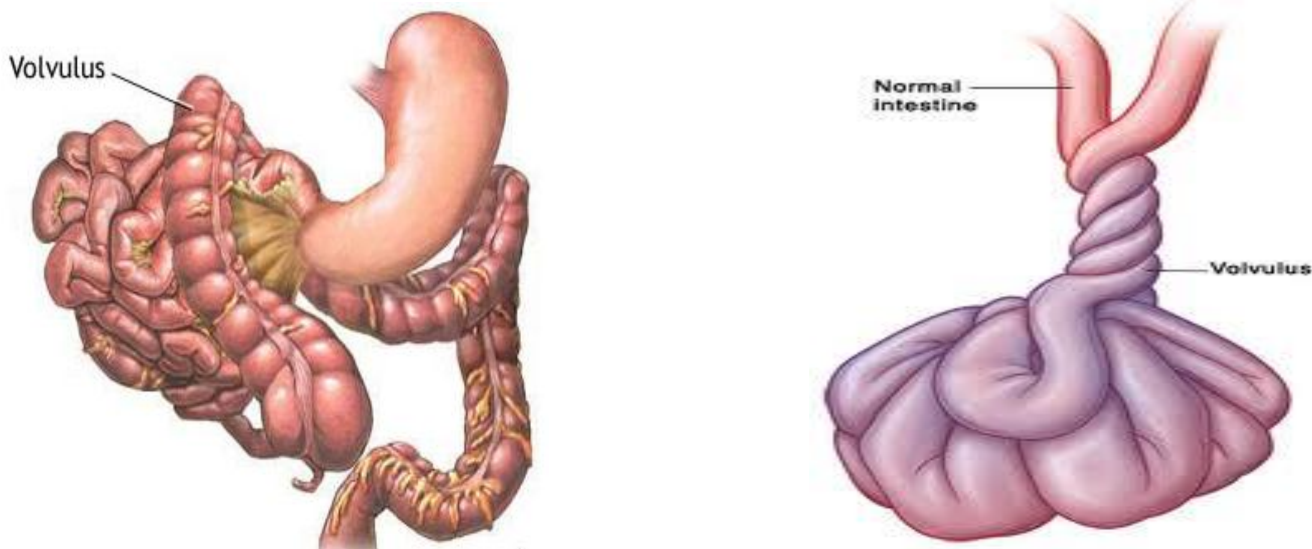


Fig.15.16 Volvus

Volvusi është përdredhja e zorrëve rreth një boshti,është një nga format që haset më shpesh tek të rriturit dhe zakonisht shoqërohet me hernie,brilie,apo aderenca si dhe tumore intestinale .

Volvus total:të thjesht me një përdredhje ;

Volvus total:të përbërë me dy ose më shumë boshte përdredhje;

volvus parcial(është më i shpeshtë,i maskuar gjë që shpjegon edhe vonesën në trajtim).

Volvuset më të shpeshta janë:

1.volvusi i kolonit të majtë;

2.volvusi i zorrëve të holla;

3.volvusi i kolonit të djathtë;

1.Volvusi i kolonit të majtë apo pelvik është torsion i ansës sigmoide në boshtin e saj mezokolik.Nga vendosja realizon një okluzion të fort me strangulacione që favorizohet nga prania e ansës së gjatë të lëvizshme pra një dolikolon.Takohet më shum në moshat 40-60 vjeç ,në të sëmurët me konstipacion të vjetër,apo me kriza subokluzive të cilat zgjidhen spontanisht.E vaçant në klinikë është metorizmi i hershëm

me timpanizëm të shprehur.Dhimbjet jan difuze por dominojnë fossa iliaca sinistra.Në volvuset totale shoqëruar me nekroz pacienti mund të paraqitet në gjëndje shoku.

a.Rezistenca elastike

b.Timpanizmi i lartë

ç.Imobiliteti

përbëjnë triadën Von Eahl që është patognomatike në këtë rast.Në irrigoskopi dhe irrigografi duket ndalim i plot i bariumit në segmentin rekto-sigomioden ose mund të duket në vëndin e ndalimit një spiral karakteristik si kon ose sqep zogu.

2.Volvusi i zorrëve të holla është forma më e rëndë e ileusit dhe është më i shpeshtë tek të rriturit dukë zënë 20-30% të okluzionit.Tek fëmjët është shpesh primitiv dhe i plotë për shkak të qëndrës së mezenterit komun,kurse tek të rriturit volvusi është sekondar nga prania në zorrë e një pengese në tranzit (natyra e pengesës është e shumëllojshme).Si rregull kjo pengesë fikson ansen e imobilizuar dhe volvusi bëhet sipër dhe rreth kësaj zorre.Klinika shfaqet në mënyrë akute.

3.Volvusi i kolonit të djathtë është më i rrallë,kjo formë krahas cekumit,kolonit ascedent dhe pjesës së djathtë të kolonit transvers intereson dhe fundin e ileumit.Predispozicioni anatomik siç është lëvizshmëria e anses ileo-cekale është faktori që favorizon më shpesh këtë lloj volvusi.

KLINIKA E OBSTRUKSIONIT INTESTINAL:

Fakti që i referohemi ileusit intestinal si një sindromë është sepse shkaktarët janë nga më të ndryshëm.Tabloja klinike klasike paraqitet më një tetrad shenjash karaktëristike,ku tre janë funksionale dhe një fizike:

a.dhimbja

b.të vjellat

ç.stop i feçeve dhe gazrave

d.metorizmi abdominal shenjë fizike

Egzistojnë edhe forma subakute ku çdo shenjë e teradës klasike mund të mungojë ose të jetë e maskuar si psh.dhimbje shumë e lehtë,të vjella shum të vona.Ka edhe okluzione me abdomen të sheshtë që janë nga mashtruesit më të rënd sepse janë okluzione të larta të zorrës nga briljet apo strangulimi.

Në obstruksionin intestinal strangulativ i veçantë është metorizmi i lokalizuar i pa lëvizshëm,pa peristaltikë.Në obstruksionin intestinal inflamator kemi edhe kombinim të temperaturës me kontrakturë abdominale difuze apo të lokalizuar. Pra veçoritë e këtyre simptomave edhe të dhënave të tjera klinike,janë në varësi të:

- Nivelit të gjatësisë së zorrës së përfshirë;
- Shkallës me të cilën obstruksioni interferon në furnizimin me gjak;
- Shkallës së obstruksionit (i pjesshëm apo i plotë)
- Lloji i lezionit obstruktiv

-Dhimbja

Është një nga shenjat kryesore në ileus që takohet në të gjitha rastet. Dhimbja ka karakterin e një kolike abdominale.Shkak për të bëhet hiperperistaltika ose e thënë ndryshe sforcimi që bën ansa intestinale për të kapërcyer pengesen. Për përcaktimin e dhimbjes vlerësohen këto kritere: Vëndi i fillimit (tregon lokalizimin e pengesës); Intervali i qetësisë dhe intervali i dhimbjes(ndihmojnë në përcaktimin e natyrës së pengesës); Intesiteti i dhimbjes. Kështu në format obturative kohëzgjatja e dhimbjes është më e vogël ndërsa periudha e qetësisë është më e madhe.Në format strangulative intervali i dhimbjes është i gjatë kurse intervali i qetësisë sa vjen e pakësohet deri në stadin kur dhimbja bëhet e pandërprerë gjë që flet për ndryshime irreversibile të paretit intestinal.Në ileusin vacular(si psh.tromboza e arteries mezenterike)dhimbjet janë shumë të forta të pandërprera dhe shoqërohen me gjëndje shoku.Kurse në ileusin paralitik dhimbja e barkut mungon dhe karakteristikë janë dhimbjet nga distensioni.

-Të vjellat

Shenja e dytë e rëndësishme e ovstruksionit intestinal;shfaqet pas dhimbjes . Paraprihen nga anoreksia dhe nausëa.Ato janë reflektore dhe nuk e qetësojnë të sëmurin. Përmbajtja është fillimishtë ushqimore,pastaj biliare dhë më vonë mund të bëhen fekaloide. Megjithatë kjo përmbajtje varet nga lloji dhe lokalizimi i ileusit. Kështu në invaginacione të vjellat mundë të jënë me përmbajtje hemoragjike. Në ileuset e larta të vjellat janë të hershme ne sasi të pakët por të shpeshta dhe kështu që kompromentojnë shpejt gjëndjen e përgjithshme.

-Stop të feçeve edhe të gazrave

Në fillim ndodh ndalimi i eleminimit të gazeve.Kurse ndalimi i fekaleve maskohet fillimisht nga zbrazja e segmentit post-obturativ për sa i përket sasisë së tyrë në format obturative të kolonit të majtë mund të këtë eleminim të pakët,kurse në pengesat intestinale në segmente më të larta sasia e feçeve të eleminuara mund të jetë më e madhe.Megjithatë pavarësishtë këtyre në të gjitha format e ileusit evolucioni shkon drejt ndalimit të plotë.

-Metorizmi

Në ileusin e zorrës së hollë të pozicionuar lartë segmentit proksimal mund të mos kemi metorizëm.Megjithatë kur shfaqet gjithmonë në fazat e para ka asimetri,pra metëorizmi është i lokalizuar (pozicion qëndror në ileusin e zorrëve të holla dhe pozicion periferik në ileusin e zorrëve të trasha).Më pas metorizmi bëhet uniformë. Karakterizohet nga timpanizmi në perkusion dhe nga kllapotazhi intestinal gjatë askultacionit.Metorizmi i shprehur jep rritje të presionit intra-abdominal e për pasojë renie të kthimit venoz nga anësitë e poshtme dhe ngritje e diafragmës.Nga ngritja e diafragmës implikohet dhe funksioni pulmonar pra pacienti ka vështirësi respiratore.

Komplikacionet:

Strangulimi është komplikacioni më i rëndë i obstruksionit intestinal i shkaktuar nga briljet postoperatore,volvusi,invaginacioni dhe herniet e inkanceruara. Strangulimi si pasojë e bllokimit në dy pjesë të zorrës jep kongjestion venoz,spazmë arteriale,hipofluks,ishemi që çojnë në infrakt,nekrozë dhe madje në perforacion të paretit ,shok. Në strangulim ndodhin dhe ndryshime të tjera si humbje gjaku dhe e plazmës i cili tërheq likide nga shtrati vascular,në hapësirën e tret duke ulur volumin dhë rënduar shokun. Ndodh përforacioni duke hedhur në peritoneum likid të pasur me bakterie dhe toksina të cilat mund të transudojnë paretin duke çuar në mbrojtje ,kontrakturë të paretit abdominal,shok ,gjak në feçe në stadin e avancuar.

Ileusi paralitik ;

obstruksioni mekanik ;

infeksioni intraperitoneal ;

paraqitje septike intraabdominale ;

peritonitis ;

formimi i abscesit ;

infeksioni .

Prognoza

Në mungesë të trajtimit okluzioni shkon drejtë rendimit. Ecuria e pacientit ndryshon .Faciesi bëhet gri,hunda bëhet me majë,sytë thellohen,gjuha skuqet,lëkura thellon palat,nuk urinon,tension arterial dhe pulsi çrregullohet,temperatura ngrihet. Dhimbjet bëhen të vazhdueshme ,më të heshtura,të vjellat fekaloide të shpeshta,ndalimi i feçeve dhe i gazeve është absolutë,metorizmi bëhet i shprehur,barku i tendosur i dhimbshëm në të gjitha kuadratet.Tusheja rektale provokon dhimbje në douglas dhe orjenton për peritonit.Evolucioni spontan çon drejtë vdekjes në ditën e dytë ose të tretë të okluzionit.

Diagnostikimi i obstrusionit intestinal

Realizohet nëpërmjet një egzaminimi të kujdesshëm subjektiv dhe objektiv pa mohuar këtu edhe të dhënat e rëndësishme që japin metodat ndihmëse egzaminuese.

Anamneza egzaminimi subjektiv

- Për natyrën e fillimit të sëmundjes për instalimin butal apo progresiv të saj;
- Për natyren e të vjëllave,sasinë,përmbajtjen ,kohëzgjatjen;
- Për dhimbjen vëndin fillestar,përhapjen,kohëzgjatjen,intervalin nëpërmjet dhimbejs dhe periudhës së qetësisë;
- Për ndryshimet e aktit të defekimit,të ngjyrës së feçeve;
- Për operacionet e mëparëshme;
- Për sëmundje që mund të jenë shkaktarë të ileusit(si hernie të paretit abdominal,rrezatimi,askaridoza,kolika biliare)

Egzaminimi objektiv

- Alternimi i gjëndjes së përgjithshme
- Faciesi dhe gjëndja e përgjithshme e të sëmurit ndihmojnë pak në fillim ,në forma të avancuara kemi një fytyrë të vuajtur me djersë. Në ileuset me orgjinë neoplazike kemi facies të zbehtë nga anemia.
- Temperaturë:të sëmurët më ileus zakonisht janë afebrilë,ndërsa në forma të avancuara me futjen e komponentit infeksion,temperatura bëhet subfebrile dhe në format e ileusit me ndryshime nekrotike temperatura i kalon 38 grad celcius.
- Pulsi dhe tensioni arterial: Në format e hershme pulsi është normal,ndërsa me thellimin e ndryshimeve hemodinamike dhe me avancimin e ndryshimeve anatomo-patologjike fillon takikardia deri në aritmi dhe në puls filiform sidomos në format vaskulare.Tensioni arterial në stadin fillestar është normal,kurse në stadet e mëvonshme fillon dhe bie nën vlerat normale.
- Çrregullimet e urinimit:në fillim të sëmurët kanë urinim të shpeshtë reflektor që më vonë si pasoj e dehidratimit pakësohet dhe në forma të avancuara të ileusit kalon në oliguri deri në anuri të plot.Egzaminimi fizik mund të na japë disa të dhëna ndihmëse:takikardia dhe hypertensioni mund të flasin për dehidratim,peritonitin,ose të dyja së bashku.Ethet sugjerojnë mundësinë e strangulimit.Turgori i varfër i lëkurës dhe tharja e mukozave mund të reflëktojë dehidratimin. Abdomeni është zakonisht i distenduar.Valët peristaltike karakteristike të obstruksionit të zorrëvë të holla janë shpesh të dukshme në paretin abdominal të pacientëve të dobët me obstruksion të insaluar gjatë.Duhen vënë re cikatricet operatore për imlikimin etiologjik të tyre psh:për obezë.
- Egzaminimi për masë abdominale(neoplazëm,invaginacion,abces). Sensibiliteti abdominal mund të jëtë i pranishëm në pacientët më obstruksion,por mbrojtja e lokalizuar,sensibiliteti,reagimi ndaj palpimit sugjerojnë për peritonit dhe mundësinë e strangulimit.
- Ndërhyrjet e mëparëshme operatore,cikatricet apo laparocelat;
- Inspeksion i orificiumeve herniare(përjashto ndonje pseuforeponim të rremë);
- Metorizmi,i cili shfaqet që në ditën e parë.

Metorizmi mund të jetë:

a-difuziv(sidomos kur pengesa intereson të gjithë zorrën e hollë,por edhe në ileusin kolik të majtë)

b-i lokalizuar,sidomos kur pengesa intereson një segment të caktuar të ansës intestinale psh kemi meteorizëm: median, periumbilikal, obliksi, korniz

Inspeksioni:në inspeksion mund të duket peristaltika intestinale që krijon përshtypjen e spostimit të metorizmit(në pacientët astenik vala e peristaltikës mund të shihet me sy duke ngacmuar pacientin abdominal me dorë dhe në këtë moment pacienti ka dhimbje)

Askultacioni duhet të bëhet në vënde të ndryshme dhe për një kohë të gjatë. Në askultacion do të dëgjohen valët e peristaltikës që në ileus karakterizohen nga një peristaltikë e fortë intestinale të ashtuquajtura valët e hiperstaltikës. Timpanizmi në zonën e metorizmit ndërsa në ndryshimin e pozicionit të pacientit do të kemi matiet për faktin se ansat janë të mbushura me përmbajtje.

Perkusioni:

Perkusioni është i rëndësishëm në lokalizimin dhe të dhënat për sensibilizimin,na jep të dhëna për metorizmin dhe praninë e likidit në kavitetin peritoneal.Abdomeni normal zakonisht ka tingull resonant për shkak të pranisë së përmbajtjes së gazit në zorrë dhe sepse viscerat pelvike normale shtrihen në brëndësi të kockave të pelvisit. Nësë ka likid të lirë intraperitoneal perkutimi mundë të jetë i shurdhët në flanke.Vëndet e shurdhësisë lëvizin sipas lëvizjes së pacientit(shurdhësia lëvizëse). Një ose më shumë litra duhet të jenë intraabdominal që kjo shenjë të jetë positive.

Palpacioni:

Në palpacion do të vërehet:

- Pikat e dobëta të abdomenit si në rastin e hernieve të ndryshme;
- Mund të prekim masat tumorale si psh:kancerin e kolonit të djathtë ose të majtë;gjithashtu mund të prekim invaginatin;
- Abdomen i tendosur por me paret të lakueshëm,elastik,i dhimbshëm në një pikë;
- Nuk ka kurrë kontrakturë,nqs ka defans të lehtë ajo zhduket në periudhën midis krizave të dhimbjes.

Tusheja rektale:

Tusheja rektale përcakton tonusin e sfinkterit anal pasi në disa forma të ileusit vërehet ishemi e tij.Vlerëson ampulën rektale,praninë e fekalomave si edhe të tumoreve të vendosur në rektum. Përcakton invaginati, përcakton ndjenjën e dhimbjes së douglas gjë që tregon instalimin e peritonitit.

1.EGZAMINIMET IMAZHERIKE

1.1. Egzaminimi radiologjik pa kontrast

Të dhënat që merren nga ekzaminimi radiologjik me anën e radiografive direkte të barkut kanë vlerë djagnostike dhe janë patogenike për obstruksionin intestinal. Zakonisht radiografitë bëhen në pozicion në këmbë anterio-posterior,në profil latero-lateral apo shtrirë. Me anë të ekzaminimit radiologjik do të saktësojmë:

a-A ka i sëmuri obstruksion intestinal ?

Kjo vërtetohet nga prania e niveleve hidroareike të klojberit që janë dhe shenja kryesore që fiksohen në Ro-grafi.Këto nivele hidroaerike duken si “gota”gjysmë të mbushura më ujë.Ku mbi nivelin horizontal të likidit ka ajër në formë harku.

b-Nëse kalkuli është i lokalizuar,në zorrën e hollë apo të trashë?

Ky diferencim bëhet nga vlerësimi i madhësisë dhe vendosjes së niveleve hidroaerike. Kështu në OZH nivelet hidroaerike janë më të gjëra së të larta.Vendosen më shumë në qëndër si “tastier e organos”për ansat jejuneale apo si “shkallë” për ansat ileale,nga hipokondri i majtë dëri në fossa iliaca dextra. Në OZT nivelet hidroaerike janë më të larta së të gjëra,gjithashtu duken edhe haustrat e kolonit.Vendosja është karakteristike në periferi dhe jep pamjen e kornizës,(prania e niveleve hidroaerike në zorrën e hollë dhe të trashë tregon që pengesa ndodhet në zorrën e trashë,por këtu kemi të bëjmë më një valvul ilocekale që ka humbur funksionin).

ç-Në çfarë niveli të zorrës është vendosur?

Nivelet hidroareike ndodhen në segmentin supraobstruktiv dhe nuk gjendet në atë postobstruktiv.

- Fibrokolonoskopia

Fibrokolonoskopia bëhet për qëllime djagnostike në të sëmurë me obstruksion intestinal për të zbuluar praninë e tumoreve në nivele të ndryshme të kolonit,për të evidentuar një torsion të sigmës dhe shpesh herë për zgjidhjen e tij. Me ekografi mund të vihet në dukje edhe prania e masave tumorale të tubit digjestiv,që kanë aspektin karakteristik të "pseudo veshkës". Në raste të rralla mund të kërkohet CT abdominale kur ekografia jep dyshime për masën abdominale.

1.2. Ekzaminimi radiologjik me kontrast:

Është i domosdoshëm në disa forma të ileusit jo të plotë ose intermitent për qëllime djagnostikimi,zakonisht preferohet gastrografina kryesisht në format obturatore të ileusit që tregon nivelin e pengesës duke e marrë atë me rrugë orale. Pasazhi intestinal ka vlerë kryesisht në format obturatore dhe me pengesat kronike si në strukturat e zorrëve të holla me natyrë ishemike inflamatore tumorale.

- Irrigoskopia dhe irrigografia

Realizohet me klizmën me barium. Sulfati i bariumit në disa raste mund të bëhet shkak për kthimin e një gjëndje subokluzive në një okluzion të plotë.Përdoret në format kolike të ileusit ,në torsionin e sigmës,në rastin e invaginacionit ileokolikë,kolokolikë dhe në tumoret e kolonit. Me anën e irrigografisë dhe irrigoskopisë mundë të përcaktojmë nivelin dhe llojin e pengimit.

- Ekografia

Ekografia nuk jep shum të dhëna për organet kavitare megjithatë në rastin e obstruksionit intestinal ajo ndihmon për të evidentuar : Praninë e gurëve biliarë, ndryshimet evidente në pankreas, trashjet e paretit të zorrës, tumoret intra-abdominale, likidin midis ansave intestinale, evidenton zgjerimin e ansave intestinale dhe valët peristaltike.

- CT Abdominale:

Është tepër i rëndësishëm në djagnostikimin e obstruksionit mekanik të zorrëve,kur një e dhënë klinike specifike kërkon një përgjigje që radiografia nuk na e ka dhënë. Studimet kanë treguar superioritetin e CT-së. Ai mund të na tregojë shenja të ishemisë.

2. EKZAMINIMET LABORATORIKE

Shenjat biologjike:bërja e bilancit biologjik është i domosdoshëm të bëhet në momentet e para për çdo pacient që dyshohet,apo që është me ileus.Këto ndryshime të bilancit janë të lidhura me hypovoleminë dhe hemikoncentrimin(ndryshime fiziopatologjike)që vijnë si rezultat i humbjeve të likideve nga të vjellat dhe nga ndalimi i absorbimit. Kur përveç ndryshimeve fiziopatologjike kemi edhe ndryshime metabolike atëherë shfaqet alkaloza metabolike. Kështu ndryshimet që vihen re janë:

1.Hypokloremi, 2.hyponatremi, 3.hypokalemi, 4.hiperglicemi, 5.hiperazotemi, 6.hiperprotidemi, 7.hiperleukocitozë.

Duhet diferencuar me:

Disa sëmundje mund të stimulojnë okluzionin si kolika hepatike apo kolika renale.Në rastin e kolikës renale urografia intravenoze ndihmon për djagnozën pasi veshka e asaj ane nuk sekreton.Format okluzive të disa afeksioneve kirurgjikale si psh dilatacioni gastrodeudonal,kolecistiti kalkuloz,sigmoiditi inflamator josklerozant,në apendisit ose salpingit ku vërehet okluzioni i çili është reflektor.Në pankreatitin akut,në këtë rast vërehet ileus paralitik,por amilazat e rritura shërbejnë për djagnozën diferenciale.

Dallimi OIM të thjeshtë nga ai Strangulativ

1.karakteri i dhimbjes:

Dhimbja është më e mprehtë dhe spazmat më të shpeshta në strangulacionin se sa në okluzionin e thjeshtë .Gjithashtu pas zbrazjes së segmentit distal nga intubimi nazogastrik apo dhe intestinal apo klizma,dhimbja reduktohet në tipin e thjeshtë dhe persiston në atë strangulativ.

2.debulesë trupore ose takikardia:

Këto janë më të shpeshta në formën strangulative dhe gati mungon në atë të thjeshtë.

3.mbrojtja muskulare:nuk është e zakonshme në çdo tip por prezenca e saj sugjeron për strangilaçion ose perforacion.

4.leukocitoza:zakonisht shoqëron strangulacionet dhe arrrin deri në 30000/mm kub kurse në okluzionin e thjeshtë kemi vlera normale ose deri në maksimumin e normës.

5.temperatura:është më e pranishme në ilusin strangulativ ku varion nga temperaturë subfëbrile në atë febrile.

Dallimi midis obstruksionit të zorrëve të holla nga ai i zorrës së trashë

Fillimi është akut,brutal,me dhimbje të forta(kolika paroksistike)koha e qetësisë është e shkurtër.Të vjellat janë të hershme,të shumta e biliare si pasojë e çrregullimeve hidroelektrike.Gjëndja e përgjithshme kompromentohet shpejtë.Ndalesa e gazeve dhe feçeve nuk është e shprehur që në fillim.Metorizmi gjithashtu është i moderuar që në fillim. Nivelet hidroaërike.

OBSTRUKSIONI I ZORRËVE TË TRASHA

Fillimi është më i ngadalshëm,kështu që gjendja e përgjithshme ruhet mirë për një kohë të gjatë.Të vjëllat janë të vonshme dhe më të rralla.Ndalimi i gazeve dhë feçeve është i plotë.Mëtorizmi është i hërshëm gjatë gjithë trajektores kolike si kornizë,si pasojë e të cilit gjatë inspeksionit mund të shohim vizatimin e kolonit .

TRAJTIMI I OBSTRUKSIONIT INTESTINAL

Mbas një ekzaminimi të kujdesshëm dhe përcaktimit të diagnozës ndërtohet edhe skema e trajtimit kompleks i cili ka dy qëllime kryesore:

Korigjimi i çrregullimeve biohumorale

Heqja e pengesës

Kështu që parimet e mjekimit të obstruksionit janë:

a-trajtimi konservativ fillimisht;

b-trajtimi kirurgjikal(në rastet kur dështon trajtimi konservativ ose kur nuk ka rrugë tjetër);

pas hospitalizimit(kushti i domosdoshëm ky për çdo pacient me OIM)ndiqet një radhë veprimesh rutinë në bazë të individualitetit të çdo pacienti.kështu:

A.Merren analizat e gjakut për të bërë bilancin biohumoral(jonograma,gjak komplet,grupi i gjakut)

B.Vihet një perfuzion;

C.Vendoset sonda nazo-gastrike;

D.Mbikqyret diureza çdo orë;

E.Përgatitja lokale dhe e përgjithshme e pacientit me qëllim operacioni.

TRAJTIMI KONSERVATIV

Në pacientët me obstruksion intestinal të shoqëruar me të vjella,ku kemi humbje të dukshme lëngjesh ,duhet ti zvëndësojmë ato përmes marrjes me rrugë parenterale të likideeë dhe elektroliteve.

- Për të korigjuar çrregullimet hidroelektrolitike duhet që paeienti të marrë 2-4 litra perfuzione ose dhe më shumë në 24 orë.
- Elektrolitë (K+Na+Mg+Ça sipas jonogramës)
- Gjak ose masë globulare;
- Analgjezikë,analeptikë, kardiorespiratorë;
- Antibiotikë;kortikoidë në rast shoku;

Dozat varen nga:

Rezultatet e laboratorit, diureza, volumi i aspirimeve, pesha e të sëmurit, stadi i evolucionit, mosha, sëmundjet shoqëruse etj.

- Aspirimi gastrodeudonal dhe perfuzional mjaftojnë në ileuset funksionalë ose në disa ileuse inflamatorë për të rimarrë tranzitin.Ekzistojnë shumë metoda apo formula të standartizuara që ndihmojnë në praktikë për një korigjim hydro-elektrolitik sa më efikas.Një prej tyre është:

Metoda Maginot :për një pacient me peshë truporë 70kg që vuan nga obstruksioni intestinal dhe shenjat klinike të dehidratimit,mendohet se ai duhet të ktë humbur gati 4 litra.Në qoftë se ai nuk ka shenja dehidratimi,nuk ka humbur më shumë se 2 litra.Nevojat për likide 24 orët e para janë si më poshtë:

Të zëvendësojë ujin e humbur	**4000ml**
Për ekskretimin urinar	**1500ml**
Eleminimin kutan dhe pulmonar	**500ml**
Humbja nga sonda gastrodeudonale	**3000ml**
TOTAL	**9000ml**

Kjo sasi likidi duhet të jepet 24 orët e para me rrugë intravenoze .Përveç ujit dhe klorurit të natriumit zë peshën e vet në humbje,kështu që duhet korigjuar edhe ky defiçit si më poshtë:

Në 4 litra ujë të humbur 0.5% e saj është(NaCl),kështu që niveli i kripës për 4000 ml ujë është 0.5% shumëzim 4000=20 gr.

Dieta normale ditore e kripës është 3 gr.Humbja e kripës nëpërmjet sondës gastrodeudonale në 3000ml është 0.5 shumëzim 3000=15gr.atëherë sasia totale e kripës që duhet administruar tek i sëmuri është 20gr+3gr+15gr=38 gr për 24 orë.Në praktikë jepen 4500ml solucion NaÇl 0.85% dhe 4500 ml solucion dekstozë 5%.

TRAJTIMI KIRURGJIKAL I OBSTRUKSIONIT INTESTINAL

Indikacionet për operacion

A.absolute :

ileus mekanik;

peritonitis me ileus paralitik;

B.relative:

ileus recidivues kronik,adeziv;

bëhet rezeksioni i saj. Gjendjet e subileusit ;

Ileus për shkak të sëmundjeve inflamatore si morbus Chron,koliti ulçeroz;

karcinomatoza peritoneumit;

Kundërindikacionet për operacion

1.Ileus reflektor paralitik

2.Ileus metabolik paralitik

Teknika operatore synon:

- Në largimin e shkakut si :aderancat briliet,gurët biliarë apo trupat e huaj,plastika e hernies,heqjen e tumoreve etj.
- Në vlërësimin e gjëndjes së zorrës dhe nëse ajo ka ndryshime apo jo.
- Në qoftë së vërehen ndryshime të cilat jane të parikthyeshme
- Bëhet zbrazja e përmbajtjes së zorrës.
- Bëhet eleminimi i shkakut të peritonitit.
- Për evitimin e recidivave në adezionet e theksuara bëhet mezenteroplikacia sipas Childs Philips.

PËRGATITJA INFERMIERORE PREOPERATORE

Faza preoperatore: fillon që në momentin kur është marrë vendimi per t iu nënshtruar interventit kirurgjikal dhe mbaron në çastin e transferimit të pacientit në tavolinën operatore.

Qëllimi i ndërhyrjeve infermierore në këtë fazë është jo vetëm përgatitja e pacientit për në fazën e dytë operatorë,por edhe parandalimi i komplikacioneve postoperatore.Duke qënë se ileusi obturativ përbën një urgjencë kirurgjikale,pavrësisht se koha nuk na ndihmon shumë për tu bërë një vlerësim të plotë të gjithë sistemeve ne përpiqemi jo vetëm ta realizojmë atë por edhe të realizojmë një reanimim osë përgatitje preoperatore.i rëndësishëm është ndërtimi i një plani kujdesi bazuar në individualitetin e çdo pacienti, pra atë bëhet një parapërgatitje esenciale.Pasi të jenë marrë të dhënat ,të jenë ndërtuarë diagnozat infermierore,atëhërë planifikohën dhe njëkohësishtë realizohën ndërhyrjët.Koha për përgatitjen operatore varion nga 3 orë në pacientët me ileus strangulativ deri në 24 orë në pacientët me ileus obturativ

DIAGNOZA INFERMIERORE

1. Diskomfort lidhur me dhimbjet dhe distendimin abdominal;
2. Rrezik për aspirim lidhur me të vjellat;
3. Deficit në volumin e likideve lidhur me të vjellat,uljen e absorbimit intestinal,rritjen e sekrecioneve normale;
4. Rrezik për dëmtim të mukozave lidhur me praninë e sondës;
5. Ankth dhe frikë lidhur me mungesën e njohurive rrëth ecurisë së sëmundjes.

NDËRHYRJET INFERMIERORE

Administrimi i terapisë bëhet sipas përshkrimit të mjekut (siç shpjegohet më lartë në trajtimin konservativ).Reaminimi është një akt shumë i rëndësishëm i cili rivendos sa të mund ekuilibrat e prishur. Kjo jep kohë që paralel me reaminimin të bëhej monitorimi i pacientit dhe të mund të vendoset një diagnozë përfundimtare nëse ajo nuk është vëndosur akoma.

Qëllimi i intubimit gastrointestinal në pacientët me ileus obturativ është:

- lirimi i presionit që ka shkaktuar përmbajtja gastrointestinal(duke lehtësuar kështu edhe dhimbjen që shkaktohet nga distendimi).
- Parandalimi i aspirimit të kësaj përmbajteje në rrugët respiratore gjatë të vjellave. Për këtë qëllim përdoren më shpesh tubat e gjatë llojet e të cilave paraqiten në tabelën e mëposhtme.

Lloji	Gjatësia	Madhësia	Lumëni
Çantor	**3m**	**16**	**tëk**
Harris	**1.8m**	**14,16**	**tëk**
Millër-Abbott	**3m**	**12,14,16,18**	**i dyfishtë**

VENDOSJA E SONDËS :

Infermieri përveç qëllimit duhet të dijë edhe mënyrën e saktë të futjes së tubit nazogastrik:tubat gastrointestinal futen zakonishtë nëpërmjet kavietit nazal dhe rrallë nëpërmjet kavitetit oral.Pasi i shpjegohet pacientit çdo hap i procedurës së intubimit ;vendoset ai në pozicion foeler të lartë sepsë kjo e bën më të leht intubimin. Matet distanca nga maja e hundës deri te lobi i veshit deri në proçësin ksifoid. Kjo distancë shënohet në tub me një ngjitëse. Pasi është matur tubi lubrifikohet dhe futet me kujdes në narinet e hundës,pastaj në nazofaringun posterior dhe më pas në orofaring.Sapo tubi të jetë futurë në orofaring instruktohët pacienti që të gëlltitet,kjo bën te mundur futjën e tubit në ëzofag sepsë kur sfinktëri i sipërm i ëzofagut hapet ,në po këtë moment mbyllet trakeja. Pasi tubi kalon sfinkterin e shtyjmë deri në stomak(deri te shenja që kemi vënë).Shpesh nga presioni që ka përmbajtja gastrointestinal likidi mund të dalë në pjesën proksimale të sondës dhe kjo na ndihmon të kuptojmë vendëndodhjen e saktë.Në qoftë së kjo nuk ndodh atëhere për të verifikuar vendosjen përdorim dy nga këto metoda:

- aspirim i përmbajtjes gastrike
- futet ajër në tub me një shiringë dhe dëgjohet më stetoskop për kalimin e ajrit në stomak;
- matet PH i përmbajtjes së aspiruar;
- verifikohet me ane të radiografisë.

Mund të ndodhë që sonda të futet gabimisht në trakë dhe kjo kuptohet sepse pacienti ka distres respirator(koll,dispne,cianozë).Në këtë rast hiqet sonda mënjëherë,lejohet pacienti të qetësohet për pak çaste dhe fillohet proçedura nga e para.

Kujdesi infermieror pas vendosjes së sondës nazogastrike:

Është shumë e rëndësishme që pacienti të ndihet komfort ;për këtë disa ndërhyrje infermierore të dobishme janë:

1-pastrimi dhe lubrifikimi me kujdes i narinave të jashtme pasi ato mundë të zënë kruste;

2-Administrimi i higjenës orale dhe lagështimi i buzëve herë pas here;(goja zakonisht është e thatë sepse mungesa e përtypjes nuk stimulon sekrecionet salivare dhe këto thahen më tepër nga frymëmarrja me gojë).sekrecionet e salivës stimulohen duke i dhënë pcientit diçka për të përtypur(si psh çamçakëz).

Kujdesi infermieror gjatë aspirimit:

Kur aplikohet aspirimi nga tubi gastrointestinal për të aspiruar ajrin dhe gazin e grumbulluar është e rëndësishme të sigurohemi që mukoza të mos dëmtohet.Dëmtimi i saj vjen nga ushtrimi i një presioni negativ nga aspirimi.Përmbajtja e materilait vëzhgohet nga :ngjyra ,sasia,era,PH. Detyra e infermierit është ti raportojë mjekut çdo ndryshim që mund të vihet re dhe ta dokumentojë atë.

Parandalimi i infeksionit:

Parandalimi i infeksionit është një masë shumë e rëndësishme që merret që në fazën preoperatore,për këtë arsye duhet të fillohen antibiotikët minimalishtë përpara një ore nga inçizioni kirurgjikal. E rëndësishme është zgjedhja e tyre në mënyrë të tillë që të veprojnë kundër mikroorganizmave të florës gastrointestinal.

Vlerësimi i sistemeve

Kirurgjia abdominale mbart një rrëzikshmëri të lartë për komplikacione serioze kardiake dhe pulmonare që janë përgjegjëse për sëmundëshmëri dhe vdekshmëri të lartë postoperatore.Para së të vlerësohet ky rrisk më parë vlerësohet funksioni i tyre.Ishte Goldman në 1977 që publikoi i pari një indeks risku multifaktorial për funksionin kardiak në operacionet jo kardiake e që atëherë shumica e literaturave bazohen në vlerësimin e sistemit kardiak.Por duke e lënë mënjanë aspektin historik e rëndësishme është:monitorimi i TA,monitorimi i pulsit,EKG në meshkujt mbi 40 vjeç dhe femrat mbi 50 vjeç dhe në qoftë se kanë histori të mëparshme me sëmundje kardiake atëherë bëhet një vlerësim më i hollëssishëm.

Për sa i përket funksionit pulmonar monitorohet frekuenca respiratore,thellësia e frymëmarrjes,cilësia e frymëmarrjes(zhurmat respiratore).Zgjatja më shum se 3 orë rrit rriskun për komplikacione pulmonare.

Sistemi urinar vlerësohet duke monitoruar diurezën çdo orë nëpërmjet kateterit urinar (mungesa e diurezës për 8-12 orë mund të flasë për një insufiçiëncë renale që i detyrohet uljes së perfuzionit në nivelin e tubave renale gjë që mund të shoqërohet me ndryshime të parikthyeshme).Diureza duhet të jetë më shumë se 25ml/orë.

Gjithashtu bëhet vlerësimi i sistemeve apo organeve të tjëra duke u bazuar në historinë e mëparshmë dhe që paraqesin rrezikshmëri për morbizitet dhe mortalitet.

Përgatitja e fushës operatore

Përgatitja e zonës së inçizionit mund të bëhet edhe në fazën intraoperatore,por parapërgatitja që në fazën preoperatore mundëson reduktimin e numrit të mikroorganizmave sipërfaqësore.Kështu lahet abdomen ,realizohet triçhotomia dhe dezifektohet më betadinë ose më lëndë të tjera antiseptike.

Mbështetja psikologjike

Ndryshimi akut i gjëndjes shëndetësore por edhe vendimi për t'iu nënshtruar ndërhyrjes kirurgjikale përbëjnë shkaqet kryesore të frikës dhe ankthit në pacientët më ileus.Suporti emocional ndaj pacientit por edhe ndaj familjarëve përbën një nga rolet më të rëndësishme të ndërhyrjeve infermierore në çdo hap.Kjo jo vetëm rrit besimin dhe forcon marredhënien infermier –pacient por gjithashtu ndihmon që eksperienca kirurgjikale të mos ngelet një kujtim edhe më "i hidhur"nga ç'është në të vërtet për individin dhe familjen.

KËSHTU INFERMIERI:

Jep informacion rreth përiudhave perioperatore duke u përqëndruar më shumë në atë preoperatore në mënyrë që pacienti të krijojë një ide të përgjithshme;Shpjegon ndërhyrjet infermierore dhe ndonjë diskomfort që mund të ndiejë pacienti si pasojë e këtyre ndërhyrjeve duke i bërë të qartë edhe se çfarë do bëhet për t'ia ulur diskomfortin;Shpjegon proçedurën kirurgjikale duke u konsultuar më parë me mjekun;lejon pacientin ose familjarët që të bëjnë pyetje rreth paqartësive që kanë;studimet kanë treguar që pacientët e qetë dhe të përgatitur emocionalishtë për operim kanë komplikacionet postoperatore më të pakëta.

Qëllimi :

Trajtimi dhe vendim-marrja për intervent

Përgatitja preoperatore dhe protokolli infermieror në trajtimin e obstruksionit intestinal si detyra të rëndësishme për stafin mjekësor

Njohja dhe menaxhimi i obstruksionit intestinal

Diagnostikimi i obstruksionit me ndihmen e të dhënave klinike dhe imazherike

Objektivat

1.Përcaktimi i ndërhyrjeve më të shpeshta
2.Përcaktimin e grupmoshave më të prekura
3.Përcaktimi i gjinisë më të prekur.
4.Përcaktimi i të dhënave mbi ditëqëndrimin

METODOLOGJIA E STUDIMIT STATISTIKOR

Është studiuar baza e të dhënave të shërbimit të kirurgjisë për vitet 2012, 2013.

Janë përdorur regjistrat e shtrimeve të pacientëve për këto vite. Ky është një studim retrospektiv dy vjeçar.

Janë marrë në studim të gjithë pacientët e paraqitur me obstruksion dhe të operuar në pavionin e kirurgjisë, në "Spitalin Rajonal Durrës". Nr i pacientëve të marrë në studim është 193 gjatë përiudhës dy vjecare 2012 ,2013. Me moshë nga 5-65 vjeç.

Studimi është bazuar në :

Të dhënat e marra nga anamneza, ekzaminimi objektiv (inspeksion, palpacion, auskultacion, perkusion), nga ekzaminimet imazherike si rografi, eko abdominale, e në pak raste CT- abdominale, ekzaminimet laboratorike si elektrolitet etj.

Diagnoza është vërtetuar nga gjetjet operatore.

Ndërsa në përgatitjen infermjerore preoperatore jemi bazuar në traktatet e kirurgjisë së urgjencës dhe praktikat infermierore të realizuara në këto raste.

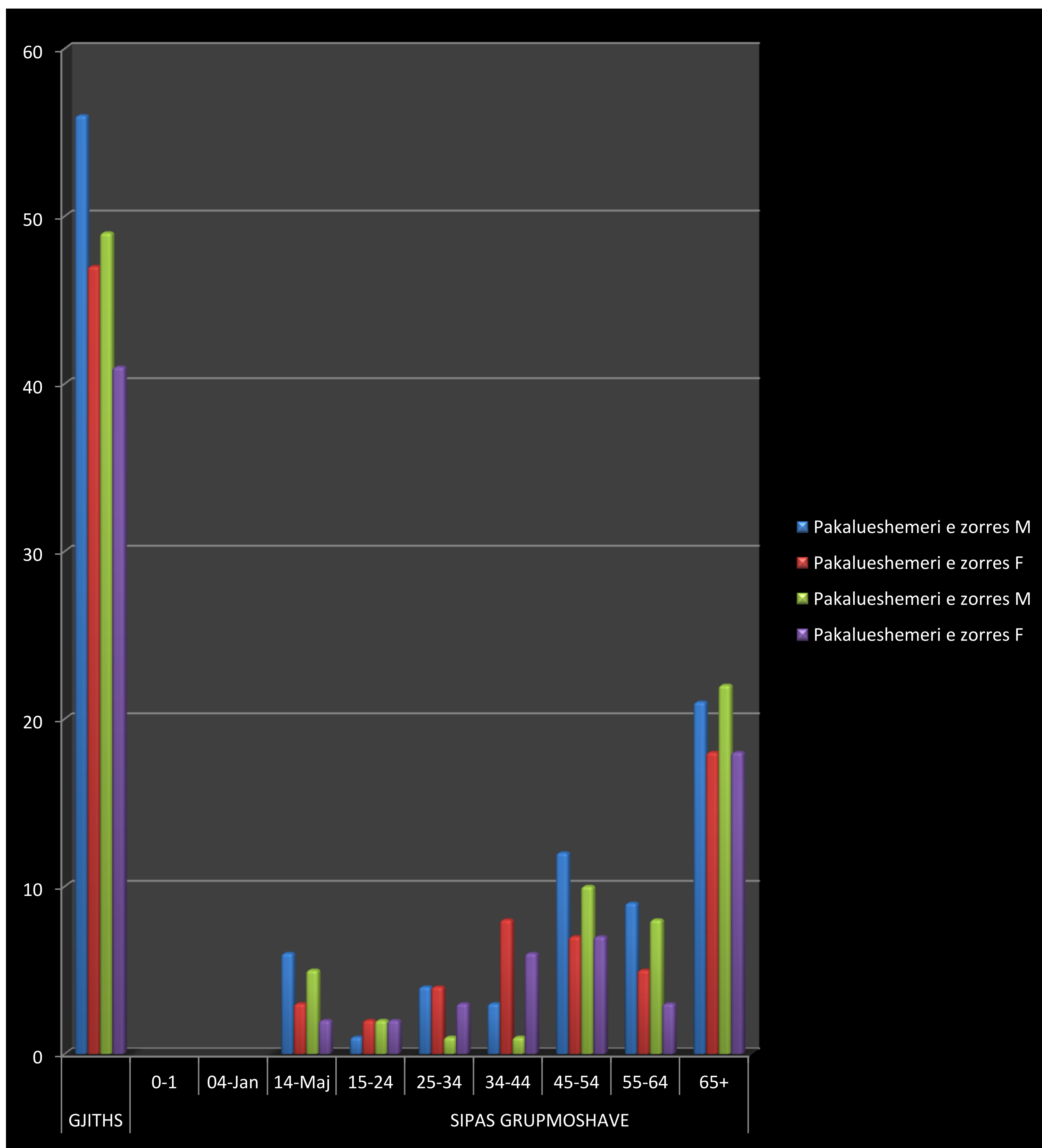
Ekzaminimi i rasteve është bërë në përputhje me:

1. Grupmoshat
2. Ditëqëndrimin mesatar
3. Shpërndarja sipas seksit
4. Diagnozat më të shpeshta

DIAGNOZA Pakalueshmëri e zorrës	SEKSI	GJITHS	SIPAS GRUPMOSHAVE								
			0-1	1-4	5-14	15-24	25-34	34-44	45-54	55-64	65+
2012	M	56			6	1	4	3	12	9	21
	F	47			3	2	4	8	7	5	18
2013	M	49			5	2	1	1	10	8	22
	F	41			2	2	3	6	7	3	18

Tabela.1. Përmbledhja e dy viteve mbi grupmoshat (2012, 2013)

Kjo tabelë përmbledhëse na tregon shpërndarjen e obstruksionit intestinal sipas grupmoshave të pacientëve në repartin e kirurgjisë, ku shpërndarja është e ndryshme dhe mosha me e prekur eshte 45-65+.

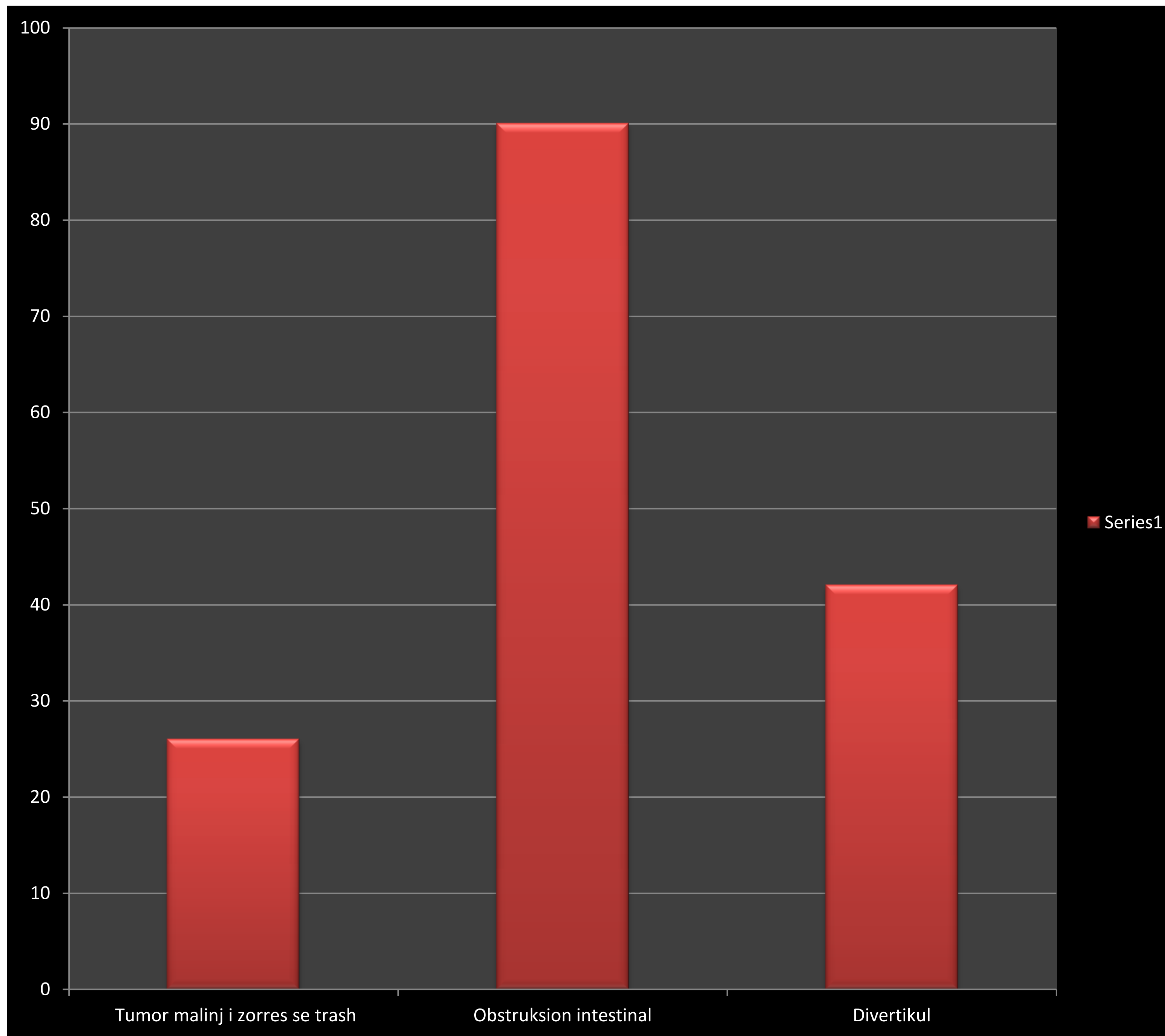


Grafiku 1: Përmbledhja mbi grupmoshat dhe gjininë 2012,2013.

Tabela.2. Diagnozat më të shpeshta

	Nr_i_Nomenklaturës	Seksi	Gjithsej	Ditë_qëndrimi_total	Ditë qëndrimi _mesatar
Tumor i zorrëv	153	M	10	76	7.6
		F	16	110	6.85
		T	26	186	7.15
Obstruksion mekanik	560	M	49	296	6.04
		F	41	248	6.04
		T	90	544	6.04
Divertikul	562	M	19	98	5.1
		F	23	112	4.8
		T	42	210	5

Në këtë tabelë kemi vënë në fokus diagnozën që haset më shpesh në repartin e kirurgjisë, pakalueshmëria e zorrëve(obstruksioni), eshte diagnoza qe ka numrin me te madh te pacienteve .



Grafiku 2: Diagnozat me te shpeshta

Tabela.3. Shpërndarja e të sëmurëve sipas seksit, 2012-2013, Kirurgji.

Tabela-3; Gjinia nga viti 2012-**20**13					
	M	**M%**	**F**	**F%**	**Totali**
2012	56	54.3	47	45.6	**103**
2013	49	54.4	41	45.5	**90**

Kjo tabelë na paraqet një variabël jo shumë të dallueshëm nga seksi mashkull të ai femër më një përafërsi të vogël në përqindje dhe ne numer ndërmjet dy sekseve ,ku seksi mashkull dominon me nje numer shumë te vogël kundrejt seksit femer.

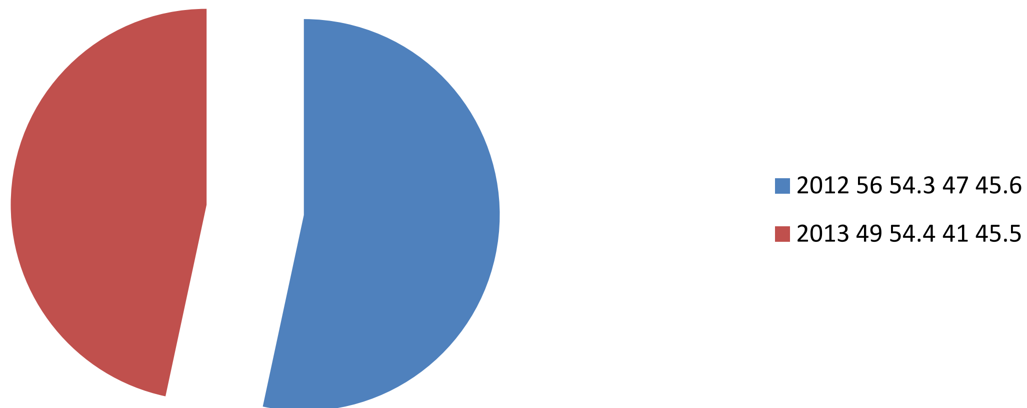


Tabela-4; Ditëqëndrimi mesatar gjatë viteve 2012-2013			
Viti	**Ditë qëndrimi**	**Nr. Pacientëve**	**DQM**
2012_	544	90	6.04
2013_	618	103	6
Total	**1162**	**193**	**6.02**

Kjo tabelë na tregon ditëqëndrimin mesatar të pacientëve në repartin e kirurgjisë që është afërsisht 6 ditë.

PLANIFIKIMI

Administrimi i terapisë;

Intubimi gastrointestinal;

Vlerësimi i sistemeve;

Parandalimi i infeksionit;

Përgatitja e fushës operatore;

Mbështetja psikologjike.

KONKLUZIONE

Obstruksioni intestinal përbën një urgjencë kirurgjikale,e cila mund të jetë me pasoja të larta sëmundëshmërie dhe vdekshmërie te pacienti nëse nuk djagnostikohet në kohë.Kështu vdekshmëria në botë është 8-37% dhe nese nuk ndërhyet 70%.Njohja e simptomave të këtij sindromi si edhe djagnostikimi i hershëm i tij,gjetja e etiologjisë dhe trajtimi i simptomave,reanimimi i të sëmurit dhe djagnoza diferenciale distensioni i zorrëve frenon motilitetin.Duhet dyshuar për strangulacion me peritonit kur dhimbja abdominale në formë krampi zvëndësohet nga një dhimbje e vazhdueshme.

Obstruksioni intestinal i sipërm mund të japë të vjella porfuze dhe distension të pakët abdominal.Në obstruksionin e poshtëm ,të vjellat janë më pak frekuente por mund të jenë me përmbajtje fekaloide për shkak të florës së gjerë bakteriale të përmbajtjes intestinale.

Konstipacioni dhe stopi i gazrave janë karakteristikë për obstruksionin e plotë.Rritja e tensionit abdominal si pasojë e akumulimit të likideve dhe gazit në intestin ndodh në obstruksionin e poshtëm të zorrëve të holla,në obstruksionin e kolonit ose në ileusin paralitik.

Obstruksioni mekanik i thjeshtë kërkon një reanimim për një kohë të gjatë ndërsa ai strangulativ përbën një emergjencë kirurgjikale e për rrjedhojë koha e marrjes në intervent është më e shkurtër të ky i fundit.

Të dhënat klinike karakteristike të obstruksionit intestinal mekanik janë dhimbja e cila në rastet në studim ishte100% e pranishme , të vjellat,stop i feçeve dhe gazrave,metorizëm.Secila nga këto ka karakteristikat e saj

të cilat na ndihmojnë në përcaktimin e vëndit të lokalizimit të obstruksionit dhe llojin e tij.Kështu dhimbja e fortë dhe e pandërprerë na jep të dhëna për obstruksionin intestinal strangulativ dhe/ose peritonit ,dhimbja e vazhdushme na jep të dhëna për mundësinë e kompromentimit vaskular.Të vjellat fekaloide tregojnë për obstruksion intestinal të zorrëve të trasha,stop i gazrave flet për OZH,dhe metorizmi i zgjatur flet për kohëzgjatjen e OI dhe sa ka qënë OZT.

Inspeksioni ka vlerë të veçantë në djagnostikimin e saktë të obstruksionit intestinal.Ai mund të na ndihmojë për të gjetur etiologjinë e tij.Askultacioni na ndihmon në vlerësimin e peristaltikës së zorrëve.Rografi abdominal për nivele hidroareike.Eko abdominal flet për zgjerim të ansave,trashje të paretit të zorrëve,likid midis ansave dhe tumor intraabdominal.Eko abdominal është ekzaminimi ndihmës në djagnostikimin e obstruksionit intestinal me sensibël dhe specifik.Klinika dhe të dhënat imazherike ndihmuan në diferencimin preoperator të obstruksionit intestinal të zorrëve të holla nga ai i zorrëve të trasha.

Në përgatitjen preopëratore të të sëmurëve u realizuan ekzaminimet laboratorike 100%,perfuzione dhe reanimimi i të sëmurit 100%,sonda nazogastrike dhe asgjë nga goja 100%,trajtimi i smundjeve shoqëruese.Rregullimi i bilanceve elektrolitike,monitorizimi i gjithë sistemeve dhe përgatitja operatore u krye 100% nën kujdësin e plotë të stafit mjekësor ku një rol të veçantë luajnë infermierët.

Realizimi i detyrave dhe protokolleve infermierore ka një rol të rëndësishëm në mjekësi veçanërishtë në kirurgjinë e urgjencës.Kështu nga infermierët u realizua monitorimi i sondës nazogastrike dhe diurezës 100%,administrimi i barnave dhe perfuzioneve sips përshkrimit të mjekëve 100%,mbështetja psikologjike e pacientëve dhe familjarëve.

REKOMANDIME

Sensibilizimi i popullatës për të pasur njohuri shëndetësore,është diçka që i takon të tashmes dhe të ardhmes,gjë që ndihmon si masë profilaktike në parandalimin dhe manjanimin e faktorëve shkaktues apo rëndues të obstruksionit intestinal.

Ekzaminimi i kujdesshëm e në dinamik i pacientit mbetet dhë është një nga detyrat e të tashmes e të ardhmes se STAFIT mjëkësor .Kjo ndikon dukshëm në suksesin apo mos suksesin e ekzaminimit dhe të trajtimit të pacientit.

Përgatitja e një stafi të kualifikuar infermieror është detyrë e të tashmes e të ardhmes ,kualifikimi teorik dhe praktik.

Cilësinë e kujdesit për të sëmurin;

Djagnostikimin e hershëm ;

Ndjekjen korrekte dhe bashkëkohore të sëmurit;

Mbarëvajtjen e punës në ekip;

Uljen e sëmundëshmërisë pre,intra ,dhe post operatore;

Uljen e vdekshmërisë së pacientëve.

ABSTRAKT

Hyrje. Obstuksioni intestinal përbën një urgjencë kirurgjikale, e cila mund të jetë me pasoja të larta sëmundëshmërie dhe vdekshmëriete nëse pacienti nuk diagnostikohet në koh. Kështu vdekshmëria në botë është 8-37% dhe nëse nuk ndërhyhet 70%.

Qëllimi i studimit. Është njohja me pacientët në kirurgji në lidhje me operacionet , shpërndarjen sipas grupmoshave, gjininë dhe ditëqëndrimi gjatë kësaj periudhe në lidhje me rehabilitimin dhe kujdesin infermieror.

Metodologjia e studimit statistikor. Është studiuar baza e të dhënave të shërbimit të kirurgjisë për vitet 2012,2013, janë përdorur regjistrat e shtrimeve të pacientëve për këto vite dhe janë marrë informacione pranë shërbimit të statistikës në Spitalin Rajonal Durrës. Numri i pacientëve të marrë në studim është 193 gjatë periudhës 2012,2013. Studimi është retrospektiv dy vjeçar. Qëllimi i përdorimit të këtyre bazave të dhënave është studimi i aktivitetit të klinikës . studimi është bazuar në të dhënat e marra nga anamneza ,egzaminimi objektiv ,nga egzaminimet imazherike si rografi, eko abdominale , në pak raste CT-abdominal , egzaminimet laboratorike. Diagnoza është vërtetuar nga gjetjet operatore .

Rezultatet . Pas marrjes në studim të 193 pacientëve me moshë nga 5-65, mosha 45-65+ është mosha më e prekur nga obstruksioni intestinal dhe mosha mesatare është 34±5 vjet. Ditë qëndrimi gjatë periudhës 2012,2013 është mesatarishtë 6.5 dite per pacientë . Diagnoza më e shpeshtë është obstruksioni mekanik dhe trajtimi i tij kirurgjikal. Gjinia më e prekur është gjinia mashkull**.**

Konkluzionet . Studimet e bëra tregojnë se pacientët qe janë më të qetë dhe të përgatitur emocionalisht për operacion kanë komplikacione postoperatore më të pakta. Përgatitja dhe reaniminimi luajnë një rol të rëndësishëm në uljen e morbiditetit dhe mortalitetit. Protokollet infermierore janë të nevojshme dhe të domosdoshme si për përgatitjen preoperatore dhe për specifikat e obstruksionit intestinal.

Fjalet kyçe : obstruksion intestinal, zorrë,ndërhyrje kirurgjikale, strangulativ , mekanik

REFERENCAT

ASÇ Surgery ,2007 Edition

Mixon TA, Houçk PD. Intestinal obstrucion Mimicking Açut Myoccardial Infarction tex Heart Inst J. 2003:155-157

Current_medical_diagnosis_treatment_2008.

Hoxhaj A , Çeliku E ,Gjokutaj A. Urgjenca abdominal,diagnoza klinike ekografike CT scan dhe alternativat e trajtimit (Tiranë 2001).

Ansari P, intestinal obstruction Merçk Manuals 2007.

Çonsorti ET, liu TH, Diagnosis and treatment of caecal volvulus. Postgrad Med J 2005.

Linçoln Memorial University , Caylor Sçhool of Nursing, Nursing Strategies. Alternations of Gastrointestinal function .

Brunner ,L.S ,and Suddarth,D (1993) the Lippiçott manual of medical and surgical Nursing (2nd edition). Chapman and Hall (Care of patient eith gastro –intestinal disorder .page 488).

Penrod , j . , Morse, J. ,and Eilson,S. (1999) omforting strategies usëe during nasogastric tube insertion. Journal of clinical Nursing .(pagë 8,31-38).

Kisten Bass Eilkins, Rbert Eood Johnson: Preoprative Mnagment ,UMDNJ –Ne Brunseick , Nee Jersey. 2003.

Ann Bemis ,RN , CEN Abdominal pain and abdominal emergency. 2004 .

Joyce M . Black, Esther Matassarin. Jaçobs Medical –surgical Nursing ,1996.

Michael J . Ehite, Francis L. Counselman : Troublehooing Acute Abdominal Pain. Emerg Med.2002.

Charles Mc Cabe, Joseph J Saçhter ; Francisco Talavera, Eugene Hardin ;John Halmaka ; Jonatan Adler ; Obstruction , Large Boeel , 2005 .

Begos DG, Sandor A Modlin IM: The diagnosisand managemnt of adult intussusception. AM J Surg 1997 .

Falenderimet

SË PARI DO TË DOJA TË FALËNDEROJA UDHËHEQËSIN TIM **PROFESOR INDRIT BIMIN** *PËR PËRKRAHJEN E TIJ TË PAKUSHTEZUAR PËR KËTË PUNIM DHE MUNDIN E TIJ TË VAZHDUESHËM PËR SHUMË KOHE PËR KRAHË NESH.*

FALENDERIME TË PËRZËMËRTA PËR TË GJITHË STAFIN AKADEMIK PËR PUNEN E PALODHSHME DHE TË PAKUSHTËZUAR PËR KËTO PESË VITE STUDIME AKADEMIKE.

NJË NJERI I VETËM PAVARSISHTË KËMBËNGULJES SË TIJ TË VAZHDUESHME NUK MUND TË ARRIJË GJITHCKA I VETEM PRANDAJ FALENDEROJ GJITHË FAMILJEN TIME PËR MBËSHTETJEN QË MË KANË OFRUAR PËR TË ARRITUT DERI KËTU.

Përmbajta